Pedoman

Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual

Jakarta 2010

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Menara Topas Lantai 9
Jl. M.H. Thamrin Kav. 9, Jakarta Pusat
Telp (021) 3901758 Fax (021) 3902665
www.aidsindonesia.or.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa kita haturkan, atas terbitnya buku **Pedoman Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (Pedoman PMTS)**. Epidemi HIV telah ada di Indonesia sejak lebih dari 20 tahun yang lalu, dan berbagai upaya penanggulangannya telah dilakukan. Namun demikian, perkembangannya sungguh mengkhawatirkan. Beberapa temuan, antara lain Kajian Paruh Waktu SRAN 2007-2010 yang dilaksanakan tahun 2009 menunjukkan bahwa program pencegahan HIV melalui transmisi seksual selama dua dekade masih belum efektif. Penggunaan kondom pada perilaku seksual berisiko tetap rendah, dan infeksi menular seksual tetap tinggi. Akibatnya, sekarang tampak semakin banyalk ibu-ibu rumah tangga yang setia pada pasangannya dan bukan pengguna narkoba suntik, tertular HIV, dan selanjutnya berisiko menularkannya kepada bayi-bayi yang tak berdosa.

Program penggunaan kondom 100% (PPK 100%) pada hubungan seks berisiko, yang dilakukan tanpa dukungan yang kuat dari lingkungan, dari tokoh-tokoh yang terlibat, tidak dapat menjamin mereka yang paling rentan tertular HIV menggunakan kondom secara konsisten. Struktur-struktur sosial kemasyarakatan yang ternyata belum mengadopsi program penggunaan kondom 100% pada hubungan seks berisiko tersebut, menjadi bagian keseharian hidup masyarakat setempat.

Jelas bahwa situasi ini membutuhkan **pendekatan baru**. Suatu pendekatan yang mampu menciptakan lingkungan yang kondusif yang memberdayakan mereka yang paling rentan tertular HIV agar tahu, mau dan mampu memilih hidup sehat dengan berperilaku aman dalam kaitannya dengan penularan HIV dan penyakit lainnya. Pendekatan yang dimaksud adalah **Intervensi Struktural**. Intervensi ini berorientasi pada pemberdayaan masyarakat. Saya percaya bahwa perubahan yang berkelanjutan hanya dapat dicapai bila seseorang

dengan sadar memutuskan untuk memilih hidup sehat , dan perubahan ini didukung oleh setiap komponen dalam kehidupannya.

Kita sadari sepenuhnya, bahwa mengubah pendekatan yang sudah lama berjalan menjadi pendekatan baru membutuhkan kerja keras yang berkesinambungan, dan dedikasi yang tinggi. Namun, apabila kita yakini bahwa meningkatnya kesehatan dan kesejahteraan masyarakat adalah suatu tujuan yang mulia, dan kita berupaya mencegah lebih banyak orang tertular HIV dan penyakit menular seksual lainnya, maka tak ada kata menyerah pada diri kita. Saya berterima kasih kepada mereka yang telah bekerja keras dalam bidang ini, begitu juga tim yang menyiapkan pedoman ini. Buku Pedoman ini, merupakan suatu dokumen "hidup" yang secara terus menerus akan kita perbaiki dan sempurnakan, oleh karena itu, masukan, saran dan usul-usul perbaikan sangat kami harapkan. Semoga buku ini dapat menjadi pedoman yang bermanfaat bagi setiap orang yang mau membantu mencegah bencana karena epidemi HIV dan AIDS di tanah air tercinta. Amin.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Sekretaris

Dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH

DAFTAR ISI

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*
ARV	Anti Retroviral
BKKBN	Bdan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BP	Balai Pengobatan
CST	*Care Support and Treatment*
DIK	Diskusi Interaktif Kelompok
Dinkes	Dinas Kesehatan
DKT	Yayasan DKT Indonesia
GRA	*Group Risk Assessment*/Penilaian Risiko Kelompok
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IMS	Infeksi Menular Seksual
IRA	*Individual Risk Assessment*/Penilaian Risiko Individu
Kemkes	Kementerian Kesehatan RI
KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPAK	Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten dan Kota
KPAP	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
KPP	Komunikasi Perubahan Perilaku
KTS	Konseling dan Tes HIV Sukarela
LSL	Lelaki yang berhubungan Seks dengan Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya
ODHA	Orang Dengan HIV dan AIDS
OKP	Organisasi Kemasyarakatan dan Kepemudaan
Ormas	Organisasi Masyarakat
PCR	*Polymerase Chain Reaction*
PE	*Peer Educator*/Pendidik Sebaya

Penasun	Pengguna NAPZA suntik
PMTS	Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual
Pokja	Kelompok Kerja
PPB	Pengobatan Presumtif Berkala/*Periodic Presumptive Treatment*
PPS	Pelanggan Pekerja Seks
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon
P2PL	Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
RPR/TPHA	*Rapid Plasma Reagin/Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*
RT/RW	Rukun Tetangga/Rukun Warga
Satpol PP	Satuan Polisi Pamong Praja
SCP	Survei Cepat Perilaku
SDM	Sumber Daya Manusia
SK	Surat Keputusan
SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Nasional
STBP	Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku
SOP	*Standard Operating Procedures*
TOT	*Training of Trainers*/Pelatihan Pelatih
VCT	*Voluntary Counseling and Testing*/Konseling dan Tes HIV Sukarela
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WPS	Wanita Pekerja Seks
WPS-L	Wanita Pekerja Seks Langsung
WPS-TL	Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung

BAGIAN 1: DASAR PEMIKIRAN DAN KERANGKA KERJA

1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Data statistik dan hasil pemodelan matematik menunjukkan bahwa jalur utama penularan HIV di Indonesia dewasa ini dan ke depan adalah melalui transmisi seksual. Laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sampai dengan 30 Juni 2010 menunjukkan, bahwa penularan HIV melalui transmisi seksual merupakan 53% dari seluruh kasus yang tercatat. Namun, temuan-temuan terutama hasil Surveilens Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) dari 2002, 2004 sampai dengan 2007, menunjukkan belum berubahnya perilaku tidak aman pada hubungan seksual berisiko pada semua kelompok-kelompok populasi kunci. Penggunaan kondom yang tetap rendah di antara kelompok populasi kunci menyebabkan tetap tingginya prevalensi Infeksi Menular Seksual

(IMS). Kondisi demikian berdampak pada peningkatan infeksi HIV di Indonesia.

Tingkat penggunaan kondom konsisten pada Wanita Pekerja Seks Langsung (WPS-L) dari tahun 2002, 2004 sampai 2007 secara berturut-turut adalah 27%, 43% dan 34%. Pada Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPS-TL), 24%, 33% dan 37%. Pada Waria dan Laki-laki yang Seks dengan Laki-laki (LSL) bahkan menurun, yaitu berturut-turut, 43% tahun 2004 menjadi 39% tahun 2007 pada Waria, dan 37% tahun 2004 menjadi 24% tahun 2007 pada LSL. Pada pelanggan tidak ada perubahan sama sekali, yaitu 16% tahun 2002, 15% tahun 2004 dan 15% tahun 2007. Hanya Pengguna Napza Suntik (Penasun) yang menunjukkan peningkatan, yaitu dari 17% pada tahun 2004 menjadi 30% pada tahun 2007. Namun, tingkat penggunaan kondom ini masih jauh dari target sebesar 60%, untuk dapat mencegah penularan HIV.

STBP 2007 melaporkan bahwa prevalensi IMS (infeksi Gonore, Klamidia dan Sifilis) sangat tinggi di kalangan WPS di 9 propinsi, bahkan tertinggi di Asia. Infeksi Gonore berkisar antara 16%-44% pada WPS-L dan 8%-18% pada WPS-TL. Infeksi Klamidia pada WPS-L berkisar antara 20-55% dan 24-32% pada WPS-TL. Sifilis aktif antara 1-13% pada WPS-L dan 1-7% pada WPS-TL. Tingginya prevalensi ketiga IMS tersebut merupakan penanda biologis yang secara epidemiologis mengkonfirmasi bahwa perilaku seksual populasi kunci masih berisiko tinggi untuk tertular dan menularkan HIV.

Penanganan penularan HIV melalui transmisi seksual selama ini masih terbatas, tidak komprehensif dan belum terpadu. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya cakupan program terhadap populasi kunci. Sampai akhir tahun 2009, cakupan program pada WPS mencapai 57,8%, disusul laki-laki pelanggan pekerja seks hanya 16% dan LSL termasuk Waria baru 14%. Selain cakupan masih rendah, program seringkali

belum dilengkapi oleh layanan pencegahan dan pengobatan. Misalnya, ketika sudah dilakukan penjangkauan WPS, program tidak diikuti dengan ketersediaan kondom. Bahkan, layanan IMS yang ada terlalu jauh tempatnya dari lokasi tersebut dengan akibat tingginya angka 'berobat sendiri' yang mudah menimbulkan terjadinya resistensi obat. Belum lagi lingkungan yang sangat tidak mendukung di banyak tempat, misalnya sukar mendapatkan akses kondom karena stigma dan diskriminasi. Dengan kata lain, komponen-komponen tersebut berjalan sendiri-sendiri untuk mencapai tujuan masing-masing. Bahkan pekerja seks, baik perempuan (WPS) maupun laki-laki menjadi objek intervensi dan sub-ordinat sebuah program (contoh dalam hal ini adalah pola hubungan ibu dan anak asuh).

Menanggapi situasi tersebut di atas perlu pendekatan baru yang mendasar untuk melakukan perubahan. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014 (SRAN) telah menjelaskan hal-hal yang harus dikerjakan dalam melakukan perubahan untuk dapat menahan laju epidemi HIV. SRAN menjelaskan perlunya pencegahan penularan HIV yang efektif bersifat komprehensif dan terukur. Ukuran utama adalah luasnya cakupan (80% dari semua kelompok populasi kunci), tingginya efektifitas (60% populasi kunci berperilaku aman) serta adanya jaminan keberlanjutan program pada akhir 2014, yang diukur tidak hanya dari 70% pendanaan bersumber dalam negeri, namun yang terpenting adalah keberdayaan populasi kunci yang secara mandiri mencapai dan mempertahankan kesehatannya demi terwujudnya masyarakat setempat yang sehat.

Pendekatan komprehensif yang harus dilakukan adalah intervensi struktural dengan 4 komponen. Di sini seluruh komponen saling terintegrasi untuk pencapaian 'lokasi yang sehat' (berprinsip pada Paradigma Sehat). Populasi kunci harus menjadi subjek yang berdaya

dan memiliki motto: **Kesehatanku adalah hartaku, milikku, tanggung jawabku**. Di sini yang harus berubah bukan hanya perilaku populasi kunci, tetapi semua pihak yaitu pelanggan, mucikari, pemilik tempat hiburan dan seluruh pemangku kepentingan yang ada di lokasi, di kecamatan, di kabupaten/kota, serta para penentu kebijakan.

Boks 1

***Intervensi struktural**: Intervensi terhadap lingkungan atau tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, ekonomi, politik, budaya dan peraturan perundangan untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS, dalam rangka mewujudkan manusia pembangunan yang sehat dan produktif.*

(Sumber: SRAN 2010-2014)

Menanggapi tingginya angka IMS dan rendahnya penggunaan kondom dari tahun ke tahun, serta belajar dari beberapa keberhasilan program sebelumnya, maka pada tahun 2008 dirintis pengembangan program intervensi struktural untuk Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (disingkat sebagai PMTS). Program ini mengedepankan pentingnya pelaksanaan program pencegahanan yang komprehensif, terpadu melibatkan seluruh pemangku kepentingan dan pemberdayaan populasi kunci, secara khusus pekerja seks perempuan, laki-laki dan waria, LSL dan pasangan seksual masing-masing. Program ini terdiri dari empat komponen, yaitu Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan di Lokasi, Komunikasi Perubahan Perilaku, Manajemen Rantai Pasokan Kondom dan Pelicin, serta Penatalaksanaan IMS. Program ini didukung oleh monitoring intensif untuk setiap komponen tersebut dan kemudian evaluasi perubahan perilaku setiap populasi yang ada di setiap komponen dan akhirnya perubahan perilaku pada

populasi kunci. Sasaran program PMTS adalah semua kelompok populasi kunci.

Boks 2

Populasi kunci: *Kelompok penduduk yang 'memegang kunci' keberhasilan program pencegahan dan pengobatan bila mereka berperan aktif secara bermakna dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya, pasangannya maupun orang lain. Populasi ini adalah (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung dan atau bertukar alat suntik tidak steril; (2) ODHA, yaitu orang yang sudah terinfeksi HIV dan berisiko menularkan kepada orang lain melalui hubungan seks, penggunaan alat suntik bersama, atau (3) mereka rentan kalau berperilaku berisiko.*

1.2. Ruang Lingkup, Pengguna dan Tujuan Pedoman

Ruang lingkup pedoman ini terdiri dari beberapa dimensi, yaitu cara penularan HIV, populasi kunci, wilayah kerja, pemangku kepentingan dan sifat program.

a. Cara penularan HIV yang diintervensi adalah penularan infeksi yang terjadi melalui hubungan seksual, baik yang heteroseksual maupun homoseksual.

b. Populasi kunci yang menjadi sasaran program adalah semua kelompok, meliputi pekerja seks laki-laki, perempuan, LSL, waria dan pasangan masing-masing, baik yang membayar maupun tidak (suka sama suka, suami isteri). Pada prakteknya sasaran program dapat dimulai pada kelompok WPS-L dan para pelanggan di lokasi yang teridentifikasi.

c. Lingkup wilayah kerja adalah kabupaten/kota ke bawah. Pelaksanaan program dilakukan pada tingkat kabupaten/kota. Tingkat kabupaten/kota dipakai sebagai wilayah administratif terendah untuk pencapaian 'total coverage', dalam upaya perluasan cakupan program, dalam rangka menahan laju epidemi HIV.
d. Lingkup pemangku kepentingan adalah mereka yang karena kedudukannya dapat berperan memberi lingkungan yang mendukung, baik berupa tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, ekonomi, kebijakan serta peraturan perundangan, untuk terjadinya perubahan perilaku pada populasi kunci.
e. Lingkup program bersifat pencegahan yang komprehensif, yaitu terjadinya perubahan perilaku semua pihak yang terlibat dalam setiap komponen yang kemudian mendorong perubahan perilaku populasi kunci. Komponen-komponen tersebut akan diuraikan lebih lanjut dalam Kerangka Kerja Program.

Pengguna pedoman ini adalah para pengelola program PMTS di tingkat lokal, desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten/kota.

Tujuan pedoman ini adalah sebagai berikut:

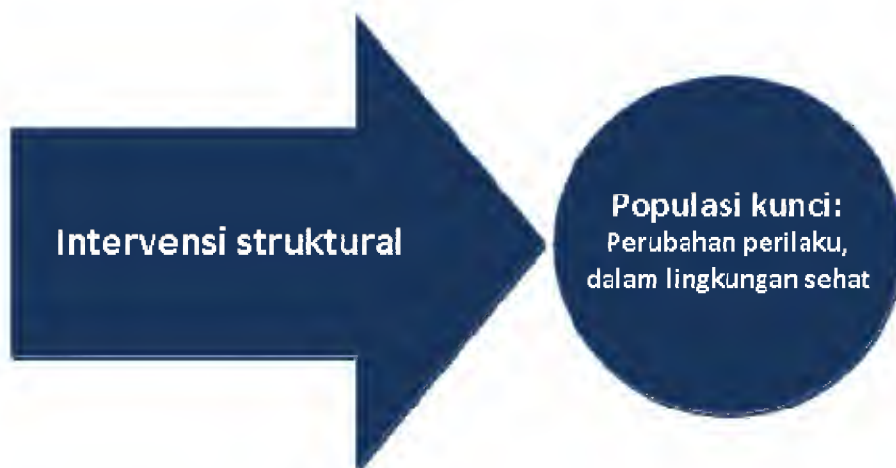
a. Pengguna pedoman memahami dasar pemikiran dan kerangka kerja program PMTS.
b. Pengguna pedoman mampu melaksanakan kegiatan-kegiatan program di wilayah kerja masing-masing.

2. KERANGKA KERJA PROGRAM

2.1. Komponen Program

Dengan pendekatan baru diharapkan terjadi perubahan-perubahan mendasar, meliputi hal-hal berikut. Dari cara pandang parsial menjadi komprehensif, metode pendampingan menjadi pemberdayaan, populasi kunci yang ditempatkan sebagai objek menjadi subjek, berbasis proyek menjadi berbasis hak, program yang berdiri sendiri menjadi program yang melibatkan struktur dan tatanan sosial masyarakat, dari berorientasi target menjadi *total coverage*, dan jika dulu tidak banyak melibatkan KPA kini melibatkan semua pemangku kepentingan di bawah koordinasi KPA.

Program dilakukan dengan pendekatan intervensi struktural, untuk merubah unsur-unsur lingkungan di tempat yang mendukung perubahan perilaku populasi kunci.

Gambar 1. Intervensi Struktural untuk Perubahan Perilaku Populasi Kunci

Intervensi struktural bersifat komprehensif, dan untuk itu semua komponen program harus dilaksanakan dengan lengkap secara bersamaan, dimana setiap komponen saling mendukung satu sama lain,

untuk memungkinkan dan memfasilitasi terjadinya perubahan perilaku pada semua pemangku kepentingan terutama populasi kunci menuju perilaku sehat.

Dalam intervensi struktural program PMTS, peran aktif pemangku kepentingan di tingkat lokal dibutuhkan sejak awal, sebagai dasar pelaksanaan komponen-komponen lain, yang memperlakukan populasi kunci sebagai warga masyarakat yang berhak untuk sehat serta ikut bertanggung jawab terhadap lingkungan dan masyarakat yang sehat.

Gambar 2. Komponen Program PMTS

Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan
Komunikasi Perubahan Perilaku
Manajemen Pasokan Kondom
Penatalaksanaan IMS
Populasi Kunci: Perubahan Perilaku Hidup Sehat

Komponen program PMTS secara lengkap adalah sebagai berikut:

a. Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan
b. Komunikasi Perubahan Perilaku
c. Manajemen Pasokan Kondom dan Pelicin
d. Penatalaksanaan IMS

Gambar 3. Komponen PMTS: Sasaran dan Keluaran

2.1.1. Komponen 1: Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan

Tujuan komponen ini adalah menciptakan lingkungan yang kondusif yang mendukung perilaku hidup sehat, peningkatan pemakaian kondom dan penurunan kejadian IMS dan HIV pada populasi kunci secara berkesinambungan di lokasi.

Tujuan khusus komponen 1:

a. Membentuk pokja setempat, dengan uraian tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota untuk perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan program.

b. Membuat, menyepakati dan mengesahkan peraturan, atas dasar kesepakatan setempat yang mendukung perilaku dan lingkungan yang sehat.

c. Membentuk mekanisme dan perangkat untuk memantau dan memastikan peraturan/kesepakatan setempat diterapkan secara berkesinambungan.

d. Melakukan kerja sama yang saling mengikat antara pokja setempat dengan pemasok dan para pengecer kondom, serta dengan Dinas Kesehatan dan BKKBN sebagai pemasok kondom gratis dan distributor kondom bersubsidi, sehingga lokasi setempat tidak pernah kekurangan kondom.

e. Melakukan kerja sama yang saling mengikat antara pokja setempat dengan petugas kesehatan dan layanan IMS, sehingga layanan IMS selalu tersedia sesuai dengan jadwal yang disepakati.

Gambar 4. Tahapan Pelaksanaan Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan

Pengguna komponen ini adalah pihak-pihak pemangku kepentingan setempat, yaitu semua pihak yang mempunyai kekuasaan, pengaruh, serta kepentingan di lokasi populasi kunci. Dalam hal WPS, mereka antara lain adalah mucikari, pemilik wisma/bar, pengelola tempat hiburan, ketua RT/RW, petugas keamanan, organisasi masyarakat setempat, dan LSM. Keterlibatan para pemangku kepentingan merupakan penggerak yang penting untuk mendorong pelaksanaan komponen-komponen lainnya.

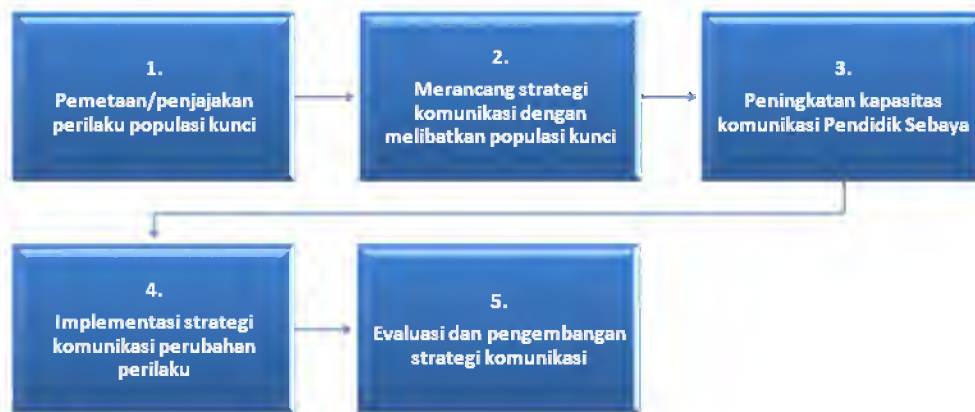
2.1.2. Komponen 2: Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP)

Komunikasi Perubahan Perilaku atau KPP adalah suatu kombinasi berbagai macam kegiatan komunikasi yang direncanakan secara sistematis dan dikembangkan bersama dengan populasi kunci dan para pemangku kepentingan setempat, untuk memenuhi kebutuhan mereka agar tetap berperilaku sehat dan produktif. KPP memfokuskan pada proses perubahan pola pikir dan nilai-nilai yang dianut melalui proses interaktif yang berkelanjutan.

Tujuan komponen ini adalah memberi pemahaman dan mengubah perilaku kelompok secara kolektif dan perilaku setiap individu dalam kelompok, sehingga kerentanan terhadap HIV akan berkurang.

Tujuan khusus komponen 2:

a. Populasi kunci selalu menawarkan kondom kepada pelanggan.
b. Populasi kunci menggunakan kondom secara konsisten.
c. Populasi kunci selalu mencari pengobatan IMS yang benar secara berkala.
d. Populasi kunci mengakses layanan untuk konseling dan tes HIV sukarela (KTS/VCT).

Gambar 5. Tahapan Pelaksaksanaan Komunikasi Perubahan Perilaku

Pengguna komponen ini adalah petugas penjangkau dan pendidik sebaya yang berperan sebagai fasilitator dalam memberikan informasi dan edukasi untuk mendorong perubahan perilaku populasi kunci. Petugas penjangkau dapat berasal dari luar, misalnya dari LSM atau kelompok masyarakat. Sedangkan pendidik sebaya diupayakan berasal dari populasi kunci itu sendiri, sehingga memudahkan terjadinya transformasi nilai dalam kelompok sebaya untuk mendorong perubahan perilaku pada populasi kunci.

Boks 3

KPP tidak terbatas pada penyampaian materi KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) saja, namun jauh lebih luas, termasuk hal-hal berikut:

a. Pemberian informasi kesehatan seksual (HIV dan IMS) dalam kegiatan penjangkauan kepada tiap individu di lokasi.
b. Diskusi Interaktif Kelompok (DIK) untuk perubahan perilaku kelompok.
c. Konseling penurunan risiko untuk perubahan perilaku seksual.
d. Rujukan ke tempat layanan kesehatan untuk pengobatan IMS dan tes HIV.
e. Pengembangan pendidik sebaya.
f. Mengoptimalkan partisipasi populasi kunci.
g. Pertemuan rutin monitoring dan koordinasi di setiap lokasi untuk mendiskusikan proses pelaksanaan, hambatan, capaian program terhadap indikator KPP, dan partisipasi populasi kunci.
h. Pemberdayaan populasi kunci melalui peningkatan kesadaran dan penguatan kapasitas.

2.1.3. Komponen 3: Manajemen Pasokan Kondom dan Pelicin

Tujuan komponen ini adalah menjamin agar kondom (laki-laki dan perempuan) dan pelicin selalu tersedia dan terjangkau dalam jumlah yang cukup di tiap wisma, di lokasi, bahkan sampai di tiap kamar setiap saat, dengan cara memperbaiki manajemen pemasokan (termasuk distribusi) kondom dan pelicin.

Boks 4

***Pelicin** adalah jeli berbahan dasar air yang sering dibutuhkan untuk membuat kondom cukup licin. Selama ini pelicin kurang dikenal dan sulit didapatkan, sehingga yang biasa digunakan adalah air ludah, body lotion, atau pelicin lainnya. Padahal pelicin berbasis minyak (misalnya, body lotion, baby oil) dapat merusak kondom (yang terbuat dari lateks) yang dipakai sehingga tidak efektif lagi. Kondom dalam kondisi ini, meskipun dipakai tidak dapat mencegah penularan IMS dan HIV. Beberapa tahun belakangan, pelicin telah lebih banyak diproduksi dan dikemas dalam sachet. Kemasan sachet membuat harganya lebih terjangkau. Distribusi juga menjadi lebih mudah karena dapat disatukan dengan distribusi kondom.*

Tahapan pelaksanaan komponen 3:

1. Persiapan dan penggalian kebutuhan, dengan menetapkan jenis dan jumlah kondom yang perlu ada di tiap pengecer, tiap wisma, dan di gudang pokja.
2. Manajemen pengadaan dan pemasokan, dengan memastikan adanya pemasokan dari berbagai sumber, misalnya Dinas Kesehatan, BKKBN, atau mitra pemasok lain.
3. Manajemen penyimpanan, dengan memastikan penyimpanan di pokja dengan sistem kontrol kualitas kondom dan kualitas cara menyimpan, seperti tidak terkena sinar matahari langsung.
4. Manajemen distribusi, dengan memastikan pendistribusian dari pokja ke pengecer dan pemilik wisma dilengkapi dengan pencatatan dan pelaporan, kontrol kualitas kondom dan kualitas penyimpanan di pengecer dan pemilik wisma.

5. Mekanisme promosi dan penjualan, dengan membuat mekanisme promosi dan penjualan dari pengecer dan pemilik wisma ke pelanggan populasi kunci.
6. Mekanisme pemantauan stok barang, dengan membuat mekanisme pemantauan stok barang dan pemesanan ulang di tiap tingkat (di gudang pokja setempat, di pengecer, di tiap wisma, di kamar, di tiap individu populasi kunci).
7. Manajemen keuangan.
8. Pencatatan dan pelaporan.

Gambar 6. Tahapan Pelaksanaan Manajemen Pasokan Kondom dan Pelicin

Pengguna komponen ini adalah pemasok dan pengelola outlet kondom. Manajemen pasokan kondom harus dimulai dari pengelolaan gudang kondom di propinsi, jalur distribusi ke lokasi-lokasi, sampai dengan distribusi ke outlet atau pengecer, sehingga kondom dapat diakses

dengan mudah oleh populasi kunci. Selain itu yang paling penting adalah jaminan kesinambungan ketersediaan kondom.

Gambar 7. Alur Distribusi Pasokan Kondom dan Pelicin

2.1.4. Komponen 4: Penatalaksanaan IMS

Tujuan komponen ini adalah menyediakan layanan diagnosis dan pengobatan, serta konseling perubahan perilaku yang bertujuan menyembuhkan IMS pada individu, sehingga dapat memutus rantai penularan IMS. Ada tidaknya IMS adalah cara untuk konfirmasi pemakaian kondom. Adanya penurunan prevalensi IMS dapat menjadi pertanda adanya peningkatan penggunaan kondom, demikian pula sebaliknya.

Layanan IMS yang diberikan, yang selalu dilengkapi dengan konseling perubahan perilaku, menggunakan kombinasi tiga metode berikut:

a. Pengobatan Presumtif Berkala atau PPB (*Periodic Presumptive Treatment*), dapat menurunkan prevalensi gonore dan klamidiasis secara cepat, namun hanya bersifat sementara. Prevalensi IMS yang sudah turun perlu dipertahankan tetap rendah dengan cara peningkatan penggunaan kondom dan dengan layanan penapisan IMS berkala. PPB dilakukan bersamaan dengan penatalaksanaan IMS dengan obat yang efektif sesuai pedoman nasional, yaitu jika prevalensi gonore/klamidiasis masih > 20% dan Komponen 1, 2, 3 Program PMTS telah siap.

b. Penapisan dengan penegakan diagnosis pasti dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium PCR (*Polymerase Chain Reaction*), dilanjutkan dengan pemberian pengobatan dan konseling perubahan perilaku. Penapisan ini dilaksanakan pada jadwal pengukuran prevalensi. Namun tes PCR ini masih mahal dan belum tersedia di semua daerah.
c. Penapisan dengan penegakan diagnosis menggunakan pendekatan sindrom atau pemeriksaan laboratorium sederhana termasuk penapisan sifilis (RPR dan TPHA), dilanjutkan dengan pemberian pengobatan dan konseling perubahan perilaku. Penapisan ini dilaksanakan di antara jadwal kedua metode di atas.

Pelaksana komponen ini adalah tim layanan IMS yang terdiri dari dokter, perawat, konselor dan petugas laboratorium dari Puskesmas atau klinik yang berada dekat lokasi. Tim ini sebelumnya mendapat pelatihan sehingga mampu berperan memberikan pelayanan dan pengobatan IMS bagi populasi kunci yang tepat sesuai dengan kebutuhan.

Penjelasan lebih rinci mengenai teknik pemeriksaan, jenis obat yang dipakai berikut dosisnya, dapat dibaca pada Pedoman untuk PPB yang diterbitkan Kementerian Kesehatan RI.

Populasi kunci, misalnya WPS, yang tidak menggunakan kondom secara konsisten, selalu memiliki risiko tertular IMS karena pekerjaannya. Jadi walaupun telah diobati, tanpa pemakaian kondom yang konsisten ia akan tertular IMS kembali. Oleh karena itu, WPS perlu diperiksa secara berkala apakah ia terinfeksi IMS, dan perlu segera diobati jika terinfeksi.

2.2. Jejaring Kerja

Jejaring kerja utama adalah KPA Kabupaten/Kota dan para pelaksana lapangan, yang antara lain terdiri dari: 1) pokja lokasi, 2) petugas

penjangkau dan pendidik sebaya, 3) pemasok dan pengelola outlet kondom, dan 4) tim layanan IMS.

2.2.1. Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota

KPA Kabupaten/Kota dalam program PMTS, berfungsi sebagai pengelola/koordinator program, dengan peran sebagai berikut:

a. Memperkenalkan program kepada pihak-pihak terkait, antara lain populasi kunci, mucikari, pemilik atau pengusaha tempat hiburan, RT/RW setempat, Organisasi Kemasyarakatan dan Kepemudaan (OKP) dan ormas setempat lainnya, petugas keamanan, camat, polsek, koramil, anggota KPA Kabupaten/Kota (lintas sektor dan lintas program).

b. Mempersiapkan pelaksanaan program bekerja sama dengan lintas sektor.

c. Memfasilitasi pelaksanaan program.

d. Memonitor pelaksanaan program.

e. Mengevaluasi pelaksanaan program.

f. Memberikan pelatihan dan bimbingan teknis kepada masing-masing pelaksana lapangan.

2.2.2. Pelaksana lapangan

Program PMTS bersifat inklusif, yang melibatkan sebanyak mungkin pemangku kepentingan di lokasi. Pelaksana lapangan terdiri dari unsur-unsur berikut:

a. Populasi kunci

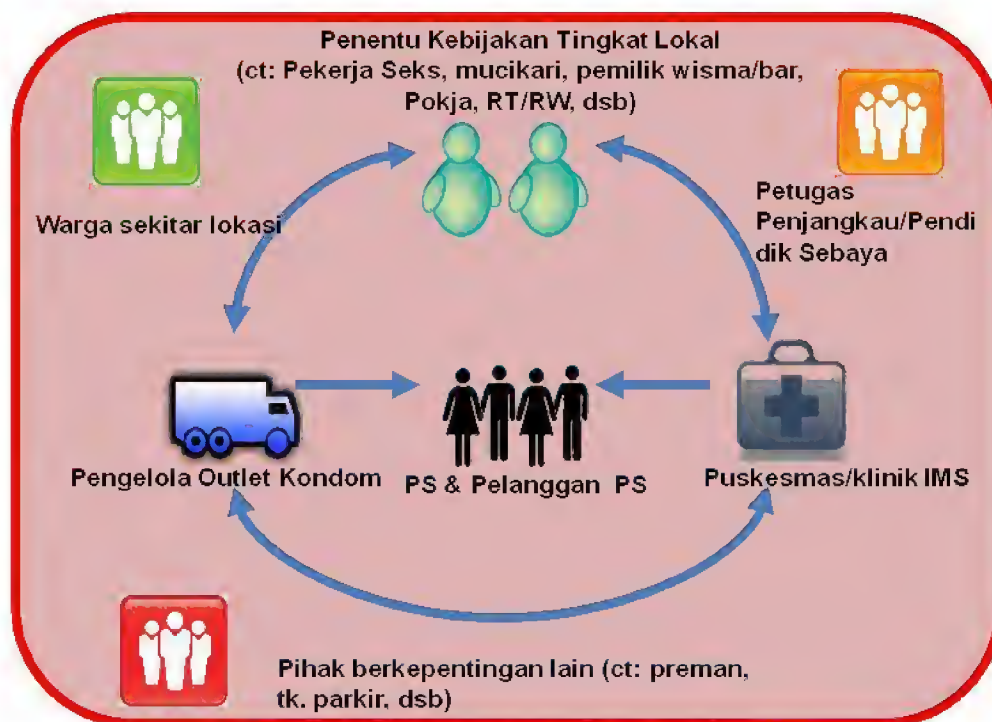
b. Pokja lokasi

c. Petugas penjangkau dan pendidik sebaya

d. Pengelola outlet kondom

e. Tim layanan IMS

f. Warga dan lingkungan sekitar lokasi

Gambar 8. Bagan unsur-unsur pelaksana lapangan Program PMTS

Tidak ada hubungan hierarkis di antara para pelaksana lapangan. Hubungan yang ada bersifat koordinatif dan jejaring kerja yang berlandaskan komitmen yang kuat.

a. Populasi kunci dalam jejaring kerja program ini bukanlah obyek melainkan **subyek** dan **pusat** dari program. Pemangku kepentingan

program harus mendengarkan aspirasi dan banyak melibatkan populasi kunci dalam berbagai peran (misal: dalam Komponen 1 sebagai anggota pokja, dalam Komponen 2 sebagai pendidik sebaya, dalam Komponen 3 sebagai outlet kondom, dalam Komponen 4 sebagai sukarelawan petugas administrasi). Program PMTS adalah upaya untuk melindungi hak kesehatan populasi kunci dan bukan yang bersifat menekan populasi kunci.

b. Pokja lokasi berfungsi sebagai **penanggung jawab** keseluruhan program di lapangan (lokasi). Di dalam pokja perlu ditunjuk seorang koordinator/ketua, wakil ketua, dan pengelola administrasi. Pokja lokasi terdiri dari penentu kebijakan lokal (contoh: mucikari, pemilik wiswa/bar) dan pihak berkepentingan lain (contoh: Ketua RT/RW, petugas keamanan/preman, ojek, parkir).

c. Petugas Penjangkau dan Pendidik Sebaya dalam jejaring kerja ini berfungsi sebagai **fasilitator** berbagai proses sesuai kebutuhan program. Petugas penjangkau dapat berasal dari LSM, kelompok masyarakat atau layanan publik yang diharapkan berperan besar dalam KPP, yaitu menjembatani populasi kunci dan pokja dengan layanan IMS maupun dengan pemasok kondom dan pelicin. Pendidik sebaya berasal dari populasi kunci yang telah lebih berdaya.

d. Pemasok dan pengelola outlet kondom dalam jejaring ini berfungsi untuk **memastikan tersedia dan terdistribusinya kondom dan pelicin** secara berkesinambungan dan dapat diakses dengan mudah. Pemasok merupakan badan pemerintah atau pihak swasta yang telah berkomitmen untuk menyediakan kondom secara berkesinambungan. Pengelola wisma/mucikari, pengelola warung, WPS di dalam dan sekitar lokasi, pendidik maupun populasi kunci, dapat bertindak sebagai pengelola dan outlet kondom.

e. Tim Layanan IMS memberikan **pelayanan penatalaksanaan IMS** berupa pemeriksaaan, pengobatan dengan obat yang efektif sesuai

standar Kemkes, konseling perubahan perilaku, termasuk praktek cara penggunaan kondom yang benar. Tim yang menjalankan layanan ini adalah Puskesmas/Klinik IMS yang berada dalam atau dekat dengan lokasi, dengan aturan dan waktu kerja yang jelas. Tim juga harus memiliki penanggung jawab berkaitan dengan pelaksanaan program, karena itu tim harus ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Puskesmas.

f. Warga dan lingkungan sekitar lokasi adalah masyarakat yang hidup dan tinggal di sekitar lokasi. Mereka berperan untuk **menjaga lingkungan sekitar agar tetap kondusif**, misalnya terkait keamanan, ketertiban serta pengawasan lokasi yang dilakukan sesuai aturan yang telah disepakati.

Keberhasilan program sangat tergantung pada kerjasama yang baik antar semua pelaksana lapangan. Seluruh pelaksana lapangan memiliki kaitan satu sama lain yang harus saling mendukung. Bila satu pelaksana lapangan tidak berperan dengan baik akan mempengaruhi jalannya keseluruhan program di lokasi.

2.3. Wilayah Kerja

2.3.1. Penetapan Kabupaten/Kota

Penetapan wilayah kerja dilakukan berdasarkan kriteria epidemiologis. Hal ini dilakukan dengan pemilihan kabupaten/kota dengan populasi kunci berjumlah besar. Ini dilakukan dengan mengambil nomor-nomor urut awal setelah menyusun daftar kabupaten/kota berdasarkan jumlah populasi dari tertinggi sampai terendah, berdasarkan data estimasi jumlah populasi kunci. Proses pemilihan dapat dilakukan di tingkat nasional atau propinsi. Sekali kabupaten/kota sudah terpilih, maka program harus dirancang untuk dapat menjangkau seluruh populasi kunci sasaran yang ada dalam kabupaten/kota tersebut (*total coverage*).

2.3.2. Penetapan lokasi

Setelah kabupaten/kota terpilih, selanjutnya dipilihlah lokasi tempat dimana jumlah populasi kuncinya besar berdasarkan data hasil pemetaan populasi kunci. Lokasi yang terpilih merupakan wilayah kerja awal, dan selanjutnya program harus dapat menjangkau populasi kunci di lokasi lainnya dalam wilayah kabupaten/kota terpilih dengan sistematika kerja yang sama, yaitu terlebih dulu ke lokasi dengan populasi pekerja seks berjumlah besar.

BAGIAN 2: PMTS DAN KEGIATAN AKSI

Enam langkah pokok PMTS:

1. Persiapan
2. Pelaksanaan Komponen 1: Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan
3. Pelaksanaan Komponen 2: Komunikasi Perubahan Perilaku
4. Pelaksanaan Komponen 3: Manajemen Pasokan Kondom dan Pelicin
5. Pelaksanaan Komponen 4: Penatalaksanaan IMS
6. Monitoring dan Evaluasi

1. PERSIAPAN

Setelah KPA Kabupaten/Kota bersepakat dengan KPA Nasional untuk melaksanakan program PMTS, maka perlu dibentuk Tim PMTS di KPA Kabupaten/Kota tempat lokasi berada, yang melibatkan KPA Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas/Klinik IMS yang melayani di lokasi, LSM yang bekerja di lokasi dan pokja lokasi (jika sudah terbentuk). Pada prakteknya dapat terjadi bahwa tingkat lokal telah siap sebelumnya, sehingga tingkat kabupaten/kota tinggal melengkapi agar sesuai pedoman dan melanjutkan memberikan dukungan dan fasilitas.

Jumlah anggota tim diharapkan tidak terlalu banyak namun cukup optimal untuk mengelola program secara efektif. Tiap anggota tim diharapkan memahami dan berkomitmen untuk melaksanakan program. SK penetapan tim perlu dilengkapi dengan uraian tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota. Tim akan mendapatkan pembekalan dan pelatihan dari KPAN dan para mitra kerjanya.

Tim PMTS Kabupaten/Kota mempersiapkan kegiatan-kegiatan berikut:

1. Menyusun rencana kerja dan rencana anggaran
2. Melaksanakan penilaian situasi lapangan
3. Advokasi kepada lembaga pemerintahan setempat
4. Advokasi kepada populasi kunci
5. Advokasi kepada pihak terkait dan pemasok kondom
6. Peningkatan kapasitas lembaga pelaksana lapangan KPP
7. Pembentukan dan peningkatan kapasitas pokja lokasi
8. Mekanisme rujukan ke Puskesmas/Klinik IMS
9. Peningkatan kapasitas tim layanan IMS
10. Pengadaan alat, bahan habis pakai dan obat layanan IMS
11. Membangun kerja sama dengan laboratorium rujukan

1.1. Menyusun rencana kerja dan rencana anggaran

Rencana kerja dan rencana anggaran perlu disusun untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan di bawah ini:

1) Melaksanakan penilaian situasi lapangan
2) Serangkaian advokasi kepada lembaga pemerintahan setempat
3) Serangkaian advokasi kepada populasi kunci
4) Advokasi kepada pihak terkait dan pemasok kondom
5) Peningkatan kapasitas lembaga pelaksana lapangan KPP
6) Pembentukan dan peningkatan kapasitas pokja lokasi
7) Mekanisme rujukan ke Puskemas/Klinik IMS
8) Peningkatan kapasitas tim layanan IMS
9) Pengadaan alat, bahan habis pakai, dan obat layanan IMS
10) Membangun kerja sama dengan laboratorium rujukan

Hal-hal detil yang perlu disiapkan untuk setiap kegiatan di atas dapat dilihat dalam penjelasan selanjutnya di bawah (1.2. sampai 1.11).

Tahapan kegiatan penyusunan rencana kerja dan rencana anggaran meliputi pertemuan-pertemuan koordinasi baik internal Tim PMTS Kota/Kabupaten, maupun eksternal dengan lembaga atau sektor terkait sesuai kebutuhan.

1.2. Melaksanakan penilaian situasi lapangan

Tahapan kegiatan:

a. Penetapan tim pelaksana penilaian, dimana tim ini sebaiknya melibatkan LSM, populasi kunci, organisasi masyarakat yang mempunyai hubungan baik dengan lokasi, serta melibatkan staf instansi teknis terkait (misal: Dinas Kesehatan, Puskesmas, Dinas Sosial, Dinas Pariwisata).

b. Koordinasi agar pihak-pihak yang akan dinilai tidak berkeberatan.

Hasil penilaian situasi lapangan ini menjadi bahan untuk:

a. Revisi rencana kerja dan rencana anggaran

b. Menyusun rencana detil pelaksanaan kegiatan

Penilaian dilakukan dengan melaksanakan “Pemetaan Populasi Kunci” yang memetakan hal-hal berikut:

a. Peta geografis lokasi dengan titik-titik lokasi wisma.
b. Jumlah populasi kunci di lokasi, secara total maupun per wisma perlu didata, berikut pendataan mengenai fluktuasi (bertambah dan berkurangnya) jumlah rata-rata per bulan dan pola mobilitas (misalnya, kapan jumlah populasi kunci paling banyak, kapan paling sedikit, biasa datang dari mana dan pindah ke mana).
c. Jumlah yang berpotensi menjadi pelanggan, di mana saja tempat mereka berkumpul, pada jam berapa saja.
d. Sumber informasi dan program tentang IMS dan HIV yang ada selama ini mengenai apa saja dan sampai sejauh mana.
e. Kondisi lingkungan sosial di lokasi, yang mencakup siapa saja yang memiliki kepentingan dan memiliki pengaruh di lokasi, sejauh mana pengetahuan mereka tentang pencegahan IMS dan HIV, serta siapa di antara mereka yang kemungkinan besar akan mendukung dan siapa yang tidak.
f. Kondisi pasokan kondom, yang mencakup baik ketersediaan (kondom apa saja yang beredar, seberapa banyak, apakah tersedia secara kontinu) maupun kemudahan memperoleh kondom (dimana kondom bisa dibeli atau didapat secara gratis oleh pelanggan maupun populasi kunci, apakah lokasi-lokasi tersebut mudah diakses).
g. Layanan kesehatan (Puskesmas/klinik) yang ada di sekitar lokasi, mencakup kemudahan akses (layanan kesehatan mana yang selama ini telah melayani populasi kunci, mana yang paling disukai, jam buka layanan, jarak tempuh tempat layanan), ketersediaan sumber daya (berapa jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas/klinik terpilih yang bisa dikerahkan untuk program ini, apakah mereka bersedia bekerja purna waktu untuk program ini, jika diperlukan), ketersediaan sarana/prasarana (berapa ruangan yang dapat dimanfaatkan untuk program ini, apakah ruangan yang ada memenuhi standar minimal, alat dan bahan habis pakai apa saja yang sudah tersedia sesuai standar minimal untuk program ini), serta ketersediaan obat-obatan IMS yang diperlukan (apakah obat tersebut tersedia di Puskesmas/klinik, bila tidak, maka dimana bisa diperoleh dan berapa harganya).

1.3. Advokasi kepada lembaga pemerintahan setempat

Lembaga pemerintah setempat yang perlu diadvokasi meliputi kecamatan, kelurahan, RW dan RT. Advokasi juga perlu dilakukan kepada tokoh agama dan pemangku kepentingan setempat antara lain adalah mucikari, pemilik wisma, tokoh masyarakat, pemilik wisma, petugas keamanan dan OKP.

Untuk menyelenggarakan advokasi ini, Tim PMTS Kabupaten/Kota dapat menugaskan salah satu LSM atau instansi teknis terkait yang mempunyai hubungan baik dengan pihak setempat. Jika Tim Teknis Kabupaten/Kota menilai tidak ada pihak yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan advokasi, maka Tim PMTS Kabupaten/Kota terlebih dahulu melaksanakan pelatihan advokasi bekerja sama dengan KPA Nasional.

Tujuan advokasi:

a. Mengerti besaran masalah IMS dan HIV di kabupaten/kota, dan kontribusi komunitas mereka terhadap masalah

b. Mengerti isi program

c. Menyampaikan aspirasi dan masukan yang membangun bagi program

d. Bersedia mendukung setiap komponen program

e. Bersedia berperan aktif dalam pokja yang mereka bentuk sendiri

f. Mengidentifikasi potensi masalah dan kemungkinan cara mengatasinya

Keluaran (*output*) yang diharapkan dari kegiatan ini adalah terbentuknya pokja lokasi setempat.

Tahapan kegiatan:

a. Mengidentifikasi pihak-pihak yang akan diadvokasi

b. Merancang strategi advokasi yang akan digunakan
c. Menyiapkan panitia penyelenggara
d. Menyiapkan narasumber dan fasilitator yang memiliki kemampuan yang sesuai
e. Menyiapkan materi advokasi (dapat berupa materi KIE media cetak maupun audio visual)
f. Melaksanakan kegiatan advokasi

> **!**
>
> *Advokasi tidak hanya dilakukan melalui pertemuan formal khusus, namun perlu memanfaatkan setiap kesempatan. Advokasi harus terus-menerus tidak dapat dilakukan satu-dua kali.*

Materi advokasi:

a. Besaran masalah perilaku seksual berisiko tinggi dan IMS dan HIV di Kabupaten/Kota dan lokasi setempat
b. Sasaran, tujuan dan kerangka program
c. Manfaat yang akan diperoleh masing-masing pihak
d. Peran yang diharapkan dari masing-masing pihak
e. Permasalahan yang mungkin akan dihadapi dan cara mengatasinya

Metode ceramah sedapat mungkin dihindari dalam proses advokasi. Metode-metode yang bersifat interaktif dan dialogis jauh lebih baik untuk dipilih. Dengan metode ini, aspirasi dan masukan peserta akan lebih tergali sehingga rasa memiliki program akan terbangun. Hal tersebut merupakan kunci keberhasilan Komponen 1 maupun keseluruhan program. Bahasa pengantar dalam advokasi haruslah bahasa yang mudah dimengerti secara penuh, dan hindari pemakaian istilah-istilah ilmiah dan asing. Perlu diingat bahwa singkatan-singkatan terkait HIV/AIDS yang lazim dipakai di kalangan penggiat program

(contoh: WPS, LSL, IMS, KIE, CST) belum tentu dipahami oleh peserta umum.

1.4. Advokasi kepada populasi kunci

Sebagai penerima manfaat terbesar dan subyek (bukan obyek) program ini, populasi kunci mutlak harus dilibatkan secara aktif dalam tiap tahap. Untuk menyelenggarakan advokasi ini, Tim PMTS Kabupaten/Kota dapat menugaskan salah satu LSM atau instansi teknis yang mempunyai hubungan baik dengan pihak setempat.

Tujuan advokasi:

a. Mengerti besaran masalah IMS dan HIV di kabupaten/kota dan kontribusi komunitas mereka terhadap masalah
b. Memahami isi program
c. Bersedia mendukung setiap komponen program
d. Memahami bahwa program ini dilaksanakan dalam rangka memenuhi hak kesehatan mereka, sekaligus wadah pelaksanaan kewajiban mereka terhadap publik yaitu memotong rantai penularan IMS dan HIV
e. Menyampaikan aspirasi dan masukan mereka untuk program
f. Tidak merasa ditekan, diancam, dipaksa untuk memanfaatkan layanan IMS secara berkala dan rutin

Keluaran (*output*) yang diharapkan adalah kesepakatan bersama populasi kunci untuk terlibat aktif dalam program.

Tahapan kegiatan:

a. Mengidentifikasi populasi kunci yang akan diadvokasi
b. Merancang strategi advokasi yang akan digunakan
c. Menyiapkan panitia penyelenggara
d. Menyiapkan narasumber dan fasilitator yang sesuai

e. Menyiapkan materi advokasi (dapat berupa materi KIE media cetak maupun audio visual)
f. Melaksanakan kegiatan advokasi

!

Advokasi kepada populasi kunci lebih efektif bila dilakukan oleh advokan (orang yang melakukan advokasi) yang berasal dari populasi kunci itu sendiri (peer/sebaya). Selain pemahaman tentang populasi kunci yang lebih baik, advokan sebaya juga lebih baik dalam menggalang partisipasi populasi kunci untuk terlibat aktif dalam kegiatan-kegiatan program PMTS.

Materi advokasi:

a. Besaran masalah perilaku seksual berisiko tinggi dan IMS-HIV di Kabupaten/Kota dan lokasi setempat
b. Sasaran, tujuan dan kerangka program
c. Manfaat yang akan diperolah melalui program secara keseluruhan maupun dari tiap komponen program
d. Peran aktif yang diharapkan dari populasi kunci (seperti menjadi anggota pokja lokasi, memanfaatkan layanan IMS secara rutin, menjadi pendidik sebaya, dsb)
e. Pengenalan layanan IMS yang dapat diakses (Puskesmas/Klinik IMS), termasuk penjelasan konsep PPB.
f. Pemberdayaan populasi kunci melalui pengorganisasian untuk menyalurkan aspirasi mereka dalam pelaksanaan program PMTS.

Metode advokasi disesuaikan dengan karakteristik peserta. Bila rata-rata tingkat pendidikan peserta menengah ke bawah, maka metode-metode yang bersifat interaktif dan dialogis, misalnya dengan permainan yang menggembirakan jauh lebih efektif untuk membangun komunikasi dan rasa nyaman dalam menyampaikan pendapat. Bahasa

pengantar yang digunakan harus bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh populasi kunci setempat.

1.5. Advokasi kepada pihak terkait dan pemasok kondom

Tujuan advokasi:

a. Mengerti besaran masalah IMS dan HIV di kabupaten/kota, dan kontribusi komunitas mereka terhadap masalah
b. Memahami isi program
c. Bersedia mendukung setiap komponen program sesuai tupoksi masing-masing
d. Menyampaikan aspirasi dan masukan mereka untuk program

Keluaran (*output*) yang diharapkan adalah keterlibatan aktif tiap instansi dalam berbagai bentuk, misal: pasokan kondom yang terjaga kesinambungannya dari Dinas Kesehatan, BKKBN dan pemasok kondom swasta, serta kerjasama dari pihak kepolisian maupun Satpol PP dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan PMTS.

Tahapan kegiatan:

a. Mengidentifikasi pihak-pihak yang akan diadvokasi
b. Merancang strategi advokasi yang akan digunakan
c. Menyiapkan panitia penyelenggara
d. Menyiapkan narasumber dan fasilitator yang memiliki kemampuan yang sesuai
e. Menyiapkan materi advokasi (dapat berupa materi KIE media cetak maupun audio visual)
f. Menyiapkan materi advokasi

!

- *Advokasi yang berdaya ungkit memakai strategi yang berbeda untuk sasaran yang berbeda. Sasaran advokasi yang berhasil untuk populasi kunci belum tentu jitu digunakan untuk pihak kepolisian/satpol PP.*
- *Menemukan strategi advokasi yang efektif melibatkan serangkaian proses "trial and error", dimana pada akhirnya, masing-masing tempat akan memiliki strategi unik yang belum tentu dapat serta-merta diterapkan di tempat lain.*

Materi advokasi:

a. Besaran masalah perilaku seksual berisiko tinggi dan IMS dan HIV di kabupaten/kota dan lokasi setempat
b. Sasaran, tujuan dan kerangka program
c. Manfaat yang akan diperoleh masyarakat pada umumnya, dan pihak pemasok kondom atau pihak-pihak terkait lainnya pada khususnya.
d. Peran yang diharapkan dari pihak pemasok kondom atau pihak-pihak terkait lainnya.

1.6. Peningkatan kapasitas lembaga pelaksana lapangan KPP

Pelaksanaan KPP di lapangan membutuhkan satu atau lebih lembaga. Tim PMTS Kabupaten/Kota dapat memilih LSM, atau Puskesmas (kader) atau organisasi masyarakat lainnya.

Syarat pemilihan:

a. Memiliki keberpihakan pada kelompok berperilaku risiko tinggi (dalam hal ini populasi kunci)
b. Memiliki komitmen untuk melaksanakan program
c. Memiliki riwayat manajemen dan pengelolaan keuangan yang baik
d. Bersedia untuk terus belajar dan bekerja keras
e. Memiliki cukup anggota/staf untuk menjalankan KPP di lapangan, menjangkau populasi kunci, mucikari dan semua pemangku kepentingan di lokasi serta berkoordinasi dengan pelaksana lapangan lainnya. Jika lembaga tidak memiliki cukup anggota/staf namun memenuhi syarat-syarat di atas, maka perlu penambahan tenaga dengan dukungan KPA.

Untuk meningkatkan kinerja lembaga terpilih, KPA diharapkan memberikan kegiatan yang bersifat meningkatkan kapasitas/kemampuan lembaga, misalnya pelatihan KPP, pelatihan manajemen SDM dan manajemen keuangan. Pelaksanaan kegiatan ini dapat diserahkan kepada instansi teknis tertentu, atau lembaga lain yang memiliki kemampuan yang sesuai (misalnya institusi pendidikan).

Lembaga yang telah ditunjuk sebagai pelaksana lapangan KPP, perlu memiliki koordinator dan petugas lapangan KPP. Para koordinator dan petugas lapangan ini perlu dilatih terlebih dahulu.

Pelatihan dapat dilaksanakan oleh lembaga yang telah berpengalaman atau telah mengikuti TOT (*Training of Trainer* – Pelatihan Pelatih). Jika di kabupaten/kota tidak terdapat lembaga yang berpengalaman dalam hal ini, dapat berkoordinasi dengan KPA atau Dinas Kesehatan Propinsi yang telah memiliki tim pelatih yang sudah dipersiapkan oleh KPAN melalui TOT.

1.7. Peningkatan kapasitas pokja lokasi

Setelah pokja lokasi terbentuk, kapasitas mereka perlu ditingkatkan, antara lain dalam hal-hal berikut:

a. Pemahaman isi program, terutama tentang manfaat bagi semua pemangku kepentingan di lokasi, dan tentang mekanisme pelaksanaan program yang menempatkan populasi kunci sebagai subyek, bukan obyek.

b. Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS, termasuk pencegahan serta perawatan dan pengobatan. Materi ini diperlukan untuk mengikis stigma dan diskriminasi terhadap mereka yang terinfeksi IMS dan yang mengidap HIV, serta membangun sikap positif yang mendukung perilaku mencari pengobatan yang benar.

c. Keterampilan mengelola dana bergulir penjualan kondom untuk kesinambungan keberadaan kondom di lokasi dan untuk peningkatan program.

d. Keterampilan menyusun strategi advokasi.

Pelatihan ini dapat diserahkan kepada mitra kerja KPAN atau lembaga/instansi teknis setempat. KPAN dapat merekomendasikan bahan pelatihan maupun tenaga pelatih/fasilitator.

1.8. Mekanisme rujukan ke Puskesmas/Klinik IMS

Untuk memastikan akses kepada layanan kesehatan terkait IMS dan HIV bagi populasi kunci, Tim PMTS Kabupaten/Kota perlu mengidentifikasi Puskesmas/Klinik IMS yang mudah diakses secara berkala oleh populasi kunci. Kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat mutlak diperlukan untuk menjamin ketersediaan obat dan bahan habis pakai lainnya. Selanjutnya, bersama dengan tim layanan IMS, perlu dirancang kondisi layanan yang rendah stigma dan bersahabat agar populasi kunci tidak merasa enggan melakukan kunjungan berkala ke Puskesmas/Klinik IMS tersebut.

1.9. Peningkatan kapasitas tim layanan IMS

Tim layanan IMS yang telah ditunjuk sesuai standar minimal perlu dilatih sebelum melaksanakan tugas. Pedoman pelaksanaan dan standar layanan IMS merujuk pada Pedoman Kemkes.

Pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, tim pelatih bisa dari Kabupaten/Kota, atau dari Provinsi, atau dari Nasional, namun harus yang telah mengikuti TOT.

1.10. Pengadaan alat, bahan habis pakai dan obat layanan IMS

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sebagai anggota tim, perlu mengadakan dan selanjutnya menyerahkan kepada Puskesmas/Klinik IMS terkait sejumlah alat, bahan habis pakai serta obat terkait

Komponen 4 sesuai hasil penilaian situasi cepat dan standar minimal, sebagaimana telah diatur dalam Pedoman Kemkes.

Selanjutnya, secara rutin kondisi alat harus diperiksa dan dilakukan perawatan. Stok/persediaan bahan habis pakai dan obat juga perlu dipantau dan dijamin ketersediaannya melalui pengadaan ulang secara berkala (misal 3 bulan sekali) sesuai pemakaian/kebutuhan.

1.11. Membangun kerja sama dengan laboratorium rujukan

Salah satu metode yang digunakan dalam Komponen 4 untuk tujuan memonitor dan mengevaluasi dampak program adalah penegakan diagnosis pasti IMS (terutama Gonore dan Klamidia) dengan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium yang memiliki sensitifitas dan spesifisitas tinggi, misalnya dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Hanya beberapa laboratorium saja di Indonesia yang mampu melaksanakan pemeriksaan ini, salah satunya adalah laboratorium Badan Litbangkes. Oleh karena itu, perwakilan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang duduk dalam Tim PMTS Kabupaten/Kota perlu melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan c.q. Subdit AIDS & IMS.

2. PELAKSANAAN KOMPONEN 1: PENINGKATAN PERAN POSITIF PEMANGKU KEPENTINGAN

Penjelasan komponen ini ditujukan untuk semua pemangku kepentingan, termasuk kelompok WPS baik langsung maupun tidak langsung yang berada dalam lokasi atau tempat tertentu yang terorganisasi, misalnya tempat hiburan, karaoke, bar dan panti pijat.

Kegiatan yang harus dilakukan:

a. Membentuk pokja lokasi
b. Menyusun dan menetapkan peraturan setempat
c. Menetapkan mekanisme penerapan peraturan
d. Pertemuan mingguan
e. Pertemuan bulanan
f. Pemberian insentif dan disinsentif

2.1. Membentuk pokja lokasi

Setelah proses advokasi pada tahap persiapan, diharapkan pokja lokasi dapat terbentuk. Tim PMTS Kabupaten/Kota dapat menunjuk fasilitator untuk memandu proses pembentukan pokja. Selanjutnya pokja perlu menyusun rencana kerja dan jadwal serta pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas.

Fungsi pokja:

a. Sebagai badan koordinasi untuk keempat komponen program.
b. Memotivasi populasi kunci untuk memakai kondom dan memanfaatkan layanan IMS secara rutin.
c. Menciptakan lingkungan sosial yang kondusif untuk pemakaian kondom dan pemanfaatan layanan IMS dengan cara menetapkan dan menerapkan kesepakatan bersama di lokasi.
d. Memberikan insentif positif dan sangsi (disinsentif) sesuai kesepakatan bersama yang ditetapkan.
e. Berkoordinasi dengan pemasok kondom dan pelicin, serta berkoordinasi dengan petugas layanan kesehatan.
f. Mengelola pasokan kondom dan pelicin.

2.2. Menyusun dan menetapkan kesepakatan lokal bersama

Setelah pokja terbentuk, pokja harus bermusyawarah untuk menyusun dan menetapkan kesepakatan lokal bersama. Proses ini dapat dibantu oleh fasilitator dari Tim PMTS Kabupaten/Kota atau dari LSM.

Untuk populasi kunci WPS, kesepakatan lokal bersama setidak-tidaknya memuat hal-hal berikut:

a. Kondom harus selalu dipakai pada setiap hubungan seks antara WPS dengan pelanggan. Berbagai cara dapat ditempuh, antara lain harga kondom yang standar disertakan dalam satu

paket dengan harga transaksi seks, mucikari atau pengelola wisma harus menyediakan kondom dalam wisma bahkan dalam tiap kamar, mucikari atau pengelola wisma harus memasang poster yang berisi ajakan memakai kondom, WPS harus selalu menawarkan kepada pelanggan untuk memakai kondom, WPS dengan dukungan mucikari atau pengelola wisma harus menolak pelanggan yang tidak mau memakai kondom.

b. Tiap wisma harus melaporkan jumlah kondom yang dipakai secara berkala (misalnya, dalam 1 minggu).

c. Tiap populasi kunci harus secara rutin datang ke tempat layanan IMS.

d. Insentif (dukungan positif/hadiah)

e. Disinsentif (sangsi)

2.3. Menetapkan mekanisme penerapan peraturan

Pokja selanjutnya juga menetapkan mekanisme penerapan kesepakatan lokal bersama:

a. Sosialisasi kepada semua yang tinggal dan berusaha di lingkungan lokasi, termasuk WPS, mucikari, pemilik wisma, petugas keamanan.

b. Seorang anggota pokja ditunjuk menjadi petugas pengumpul data yang akan mencatat:

   1) laporan jumlah kondom terpakai dari tiap wisma

   2) jumlah WPS dari tiap wisma, yang hadir ke layanan IMS memenuhi jadwal PPB/penapisan (sumber data adalah petugas layanan IMS)

3) jumlah WPS terkena IMS per wisma per bulan (sumber data adalah petugas layanan IMS, nama pengidap tidak boleh dilaporkan)

4) nama WPS yang selalu hadir memenuhi jadwal PPB/penapisan (sumber data adalah petugas layanan IMS, per triwulan)

c. Seorang anggota pokja ditunjuk menjadi petugas pengolah data, yang bertugas menganalisis data yang dicatat oleh petugas pengumpul data di atas untuk menentukan skor tiap wisma untuk pemberian insentif atau disinsentif per triwulan.

d. Pertemuan mingguan dan bulanan merupakan forum untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program secara keseluruhan, khususnya penerapan kesepakatan lokal bersama.

2.4. Pertemuan mingguan/dwimingguan

Dalam pertemuan mingguan/dwimingguan, pokja dapat membahas kemajuan program, hambatan yang dihadapi dan pemecahan masalah. Diharapkan dengan pertemuan ini, masalah tidak berlarut-larut dan program dapat berjalan lancar, serta makin baik dari waktu ke waktu.

2.5. Pertemuan bulanan

Dalam pertemuan bulanan, dilakukan evaluasi untuk menentukan skor tiap wisma. Skor ditentukan berdasarkan banyaknya pengeluaran kondom, kehadiran WPS dalam PPB/penapisan sesuai jadwal, jumlah WPS yang terkena IMS. Penentuan skor berdasarkan hasil analisis data bulanan yang dikumpulkan dan diolah oleh petugas.

Berdasarkan skor, ditetapkan kategori wisma:

a. Mendapat pujian

b. Mendapat peringatan

c. Mendapat peringatan keras (jika kehadiran populasi kunci di PPB/penapisan kurang dari x%, atau persentase populasi kunci terkena IMS lebih dari y%). Proses skoring dilakukan secara transparan.

2.6. Pemberian insentif dan disinsentif

Setiap tiga bulan dilakukan evaluasi menyeluruh berdasarkan data yang dikumpulkan dan diolah oleh petugas, untuk menentukan siapa yang akan menerima insentif dan siapa yang akan menerima disinsentif.

Insentif (dukungan positif/hadiah) diberikan kepada:

a. WPS yang rajin memanfaatkan layanan IMS.

b. WPS yang makin jarang terkena IMS (sebagai bukti nyata kepatuhan berobat dan pemakaian kondom), namun hal ini harus menjadi rahasia antara petugas kesehatan dan WPS yang bersangkutan. Misalnya, jika berdasarkan catatan medis petugas (yang bersifat rahasia) WPS A telah tiga bulan berturut-turut tidak lagi terkena IMS maka diberi hadiah berupa pemulas bibir atau pemulas kuku atau benda sederhana lainnya (atas biaya pokja). Kerahasiaan ini diperlukan untuk menjaga WPS lain yang terkena IMS dari tindakan kekerasan maupun tindakan diskriminatif lainnya.

c. Pemilik wisma/mucikari yang kehadiran WPS anggotanya ke layanan IMS selalu mendekati 100% dalam kurun waktu tertentu.

d. Pemilik wisma/mucikari yang makin sedikit WPS anggotanya terkena IMS selama kurun waktu tertentu. Keberhasilan ini tidak bersifat rahasia, namun justru perlu diumumkan untuk mendorong persaingan yang positif yang akan makin meningkatkan kesuksesan program.

Disinsentif (sangsi), hal ini dapat diatur dalam kesepakatan lokal, misalnya dengan membayar sejumlah denda, dilarang beroperasi selama beberapa jam sampai hari, diberikan kepada:

a. Pemilik wisma/mucikari yang kehadiran WPS anggotanya ke layanan IMS kurang dari 90%

b. Pemilik wisma/mucikari yang jumlah WPS anggotanya yang terkena IMS tidak turun atau turun tidak bermakna selama kurun waktu tertentu. Hal ini merupakan bukti nyata bahwa kondom belum dipakai secara konsisten.

3. PELAKSANAAN KOMPONEN 2: KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU (KPP)

Kegiatan yang harus dilakukan:

a. Komunikasi dan edukasi bagi populasi kunci
b. Komunikasi dan edukasi bagi mucikari
c. Pembinaan berkesinambungan pendidik sebaya (*peer educator*)
d. Komunikasi dan edukasi bagi pemangku kepentingan setempat
e. Komunikasi dan edukasi bagi pelanggan dan kelompok masyarakat lain di komunitas

Prinsip-prinsip pelaksanaan KPP:

a. Usahakan agar populasi kunci dan pemangku kepentingan lain mempercayai petugas lapangan KPP, dengan cara antara lain:

1) bangun sikap yang dapat dipercayai

2) sensitif terhadap perubahan kondisi dan lingkungan sosial kelompok dampingan

3) selalu memperbarui peta situasi (terutama data penyakit)

4) pertemuan berulang akan makin meningkatkan kepercayaan kelompok dampingan

b. Selalu memberi dukungan untuk setiap perubahan yang positif, sekecil apa pun perubahan itu agar kelompok dampingan terdorong untuk melanjutkan proses perubahan
c. Bantu kelompok dampingan untuk mempertahankan perilaku baru yang positif

3.1. Komunikasi dan edukasi bagi populasi kunci

Tujuan:

a. Meningkatkan pengetahuan populasi kunci tentang IMS, HIV, cara pencegahan dan pengobatan IMS
b. Meningkatkan kesadaran dan persepsi populasi kunci bahwa diri mereka berisiko dan perlu perubahan perilaku bahwasanya seks yang aman adalah untuk kepentingan mereka, bukan pelanggan.
c. Meningkatkan keterampilan populasi kunci dalam penggunaan kondom (laki-laki maupun perempuan)
d. Meningkatan rasa percaya diri dan ketrampilan populasi kunci dalam menegosiasikan pemakaian kondom dengan pelanggan
e. Meningkatkan rasa percaya diri, keberanian, dan pengetahuan untuk memanfaatkan layanan IMS

Perlu digunakan berbagai metode, melalui komunikasi tatap muka satu lawan satu antara populasi kunci dan petugas lapangan, komunikasi tatap muka berkelompok dan komunikasi menggunakan media massa. Untuk hal-hal yang bersifat ketrampilan, metode demonstrasi, bermain peran, dan praktek perlu diterapkan. Berbagai kegiatan dan metode perlu direncanakan dan dilaksanakan oleh petugas lapangan sesuai yang dipelajari dalam pelatihan.

3.2. Komunikasi dan edukasi bagi mucikari

Hal ini dilakukan untuk menciptakan lingkungan sosial yang kondusif bagi perubahan perilaku populasi kunci.

Tujuan:

a. Meningkatkan pengetahuan mucikari tentang IMS dan HIV, cara pencegahan dan pengobatan IMS
b. Meningkatkan pengetahuan mucikari tentang pemanfaatan layanan IMS
c. Meningkatkan kesadaran dan persepsi para mucikari bahwa WPS anggota mereka berisiko dan perlu perubahan perilaku
d. Meningkatkan pemahaman mucikari akan manfaat program bagi kemajuan bisnis dan industri seks mereka dengan menempatkan WPS sebagai mitra kerja
e. Meningkatkan keterampilan mucikari dalam pemakaian kondom, mempromosikan kondom dan membujuk pelanggan agar memakai kondom

Berbagai kegiatan dan metode perlu direncanakan dan dilaksanakan oleh petugas lapangan sesuai yang dipelajari dalam pelatihan.

3.3. Pembinaan berkesinambungan pendidik sebaya (*peer educator*)

Perilaku populasi kunci, selain dipengaruhi oleh mucikari, sangat dipengaruhi oleh teman-teman sebaya. Karena itu petugas lapangan perlu mengidentifikasi dan memilih anggota populasi kunci yang memiliki pengaruh untuk menjadi pendidik sebaya.

Setelah terpilih, pendidik sebaya perlu dilatih oleh para petugas lapangan. Setelah dilatih, para petugas lapangan perlu untuk tetap memberikan pembinaan secara rutin bagi para pendidik sebaya.

3.4. Komunikasi dan edukasi bagi pemangku kepentingan setempat

Guna mendukung kinerja pokja setempat dan mempertahankan komitmen para anggota pokja, para petugas lapangan KPP perlu secara rutin melakukan komunikasi yang bersifat edukatif dengan para pemangku kepentingan setempat.

Tujuan:

a. Memberi insentif bagi mereka yang melaksanakan peran aktif
b. Membangun kembali komitmen dan dukungan yang mulai berkurang

3.5. Komunikasi dan edukasi bagi pelanggan dan kelompok masyarakat lain di komunitas

Dalam lingkungan lokasi yang melaksanakan program, komunikasi dan edukasi bagi para (calon) pelanggan oleh petugas lapangan KPP sangat penting, agar mereka tidak menolak ketika populasi kunci, misalnya WPS meminta mereka memakai kondom. Komunikasi dan edukasi bagi pelanggan memerlukan metode yang menarik dan inovatif, mengingat minat utama pelanggan datang ke lokasi adalah mencari hiburan dan membeli seks, bukannya mendengarkan edukasi.

Dalam komunitas di dalam dan sekeliling lokasi misalnya, terdapat beberapa kelompok masyarakat yang secara rutin berhubungan dengan WPS, pemangku kepentingan setempat, dan para pelanggan WPS, antara lain tukang ojek, tukang becak, penjual jamu, pedagang asongan (dapat diidentifikasi saat penilaian situasi cepat). Komunikasi dan edukasi bagi kelompok ini juga tak kalah penting, karena mereka bisa juga termotivasi untuk terlibat aktif sebagai pendidik perubahan perilaku di komunitas.

4. PELAKSANAAN KOMPONEN 3: MANAJEMEN PASOKAN KONDOM DAN PELICIN

Kegiatan yang harus dilakukan:

a. Menentukan sumber pasokan kondom dan pelicin
b. Menetapkan sistem penyimpanan dan distribusi

Pokja lokasi, dibantu oleh fasilitator dari KPA atau dari LSM, perlu merancang mata rantai manajemen pasokan kondom dan pelicin.

4.1. Menentukan sumber pasokan kondom dan pelicin

Pokja lokasi harus menentukan dari mana sumber pasokan kondom berasal. Untuk kondom gratis, pokja lokasi perlu bekerja sama dan berkoordinasi dengan KPA, BKKBN atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Untuk kondom bersubsidi dengan pihak swasta yang ditunjuk, dan kondom komersial dengan distributor dari perusahaan kondom (bisa lewat apotek). Dalam koordinasi disepakati mekanisme kerja sama, meliputi:

a. siapa orang kontak di pihak pemasok dan pihak penerima
b. cara menentukan jumlah pasokan per periode waktu
c. frekuensi pemasokan (misal 2 minggu sekali atau sebulan sekali)
d. cara meminta pasokan rutin maupun tambahan
e. pasokan diantar atau dikirim atau diambil
f. mekanisme pembayaran ke pemasok

4.2. Menetapkan sistem penyimpanan dan distribusi

Selanjutnya pokja perlu menentukan sistem penyimpanan dan distribusi kondom dan pelicin:

a. Di mana pasokan akan disimpan, cara penyimpanan

b. Bagaimana pencatatan keluar-masuknya barang.

c. Kemana pasokan didistribusikan: ke pengecer mana, ke pemilik wisma mana.

d. Jumlah yang didistribusikan ke tiap pengecer dan tiap wisma.

e. Frekuensi pendistribusian.

Boks 5

Di lapangan, berdasarkan nilai finansial, telah beredar 3 jenis kondom, yaitu 1) kondom gratis (dari pemerintah), 2) kondom dengan harga bersubsidi dan 3) kondom komersial murni. Jenis kondom mana saja yang perlu dijamin ketersediaannya dalam jumlah cukup di sebuah lokasi, tergantung pada minat dan daya beli pelanggan.

5. PELAKSANAAN KOMPONEN 4: PENATALAKSANAAN IMS

Kegiatan yang harus dilakukan:

a. Persiapan di dalam puskesmas atau klinik terpilih
b. Bekerjasama dengan tim KPP dan pokja
c. Sosialisasi dengan populasi kunci
d. Mobilisasi populasi kunci
e. Melaksanakan penapisan

5.1. Persiapan di puskesmas atau klinik terpilih

Puskesmas/klinik terpilih menetapkan sejumlah petugas kesehatan untuk menjadi tim inti layanan IMS yang terdiri dari 4 orang (dokter, perawat/bidan, petugas laboratorium, dan petugas administrasi), sesuai standar minimum layanan IMS. Tim harus mengikuti pelatihan sesuai kurikulum dan modul nasional. Tiap anggota tim perlu memahami benar dasar pemikiran layanan IMS, dasar pemikiran, kelebihan dan kekurangan

PPB, perbedaan PPB dan penapisan. Selanjutnya tim perlu menyusun rencana kerja dengan jadwal dan pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas.

Jika tidak ada Puskesmas/Klinik IMS yang lokasinya dekat dan terjangkau oleh populasi kunci, klinik mobil dapat dipertimbangkan. Jika dilaksanakan klinik mobil, maka perlu ditetapkan satu lokasi (wisma) yang akan menjadi tempat pelaksanaan layanan. Ruangan dipersiapkan sesuai standar minimal klinik mobil/lapangan. Alat-alat, bahan dan obat dibawa dari Puskesmas/Klinik IMS ke lokasi. Pelaksanaan klinik mobil harus teratur mengikuti jadwal dengan tepat (hari dan jam) agar tidak mengecewakan semua pihak.

Ruangan, alat, dan bahan habis pakai yang akan digunakan untuk tempat layanan perlu dipersiapkan agar sesuai dengan standar minimal yang ditentukan oleh Pedoman Kemkes. Jika masih di bawah standar minimal, Puskesmas/Klinik IMS perlu bekerja sama dengan Dinas Kesehatan untuk dapat memenuhi standar minimal. Kebutuhan bahan habis pakai dan obat perlu diperhitungkan secara teliti. Pengajuan permintaan ke Dinas Kesehatan dilakukan sesuai prosedur dan tepat waktu. Penyimpanan harus sesuai standar dan memperhatikan tanggal kadaluwarsa.

5.2. Bekerja sama dengan tim KPP dan pokja lokasi

Tim Puskesmas/Klinik IMS perlu menjalin kerja sama yang baik dengan tim KPP dan pokja lokasi. Mereka memiliki peran kunci untuk edukasi, fasilitasi dan mobilisasi agar populasi kunci dalam hal ini WPS hadir untuk PPB dan penapisan sesuai jadwal secara rutin. Tim IMS perlu membantu tim KPP dan pokja lokasi, melalui pertemuan koordinasi/sosialisasi, agar mereka mengetahui hal-hal berikut:

a. Dasar pemikiran dan manfaat layanan IMS

b. Dasar pemikiran, kelebihan dan kekurangan metode PPB dan metode penapisan yang akan saling melengkapi

c. Alur pasien, prosedur pemeriksaan fisik, pengambilan sampel

d. Alat-alat yang akan dipakai, kemungkinan rasa kurang nyaman yang akan timbul dan cara mengatasi rasa kurang nyaman tersebut
e. Pengobatan yang akan diberikan, kemungkinan efek samping dan tata laksana efek samping
f. Jam dan jadwal layanan

Dengan demikian tidak akan terjadi kesalahan informasi dan kesalahpahaman di lapangan yang akan menghambat pelaksanaan komponen penatalaksanaan IMS.

5.3. Sosialisasi kepada populasi kunci

Tim IMS perlu menjalin hubungan yang baik dengan populasi kunci yang akan dilayaninya. Oleh karena itu perlu ada pertemuan sosialisasi. Dalam pertemuan tersebut, tim IMS dapat melakukan hal-hal berikut:

a. Berkenalan dengan pasien populasi kunci yang akan dilayani.
b. Membangun hubungan baik dengan populasi kunci sehingga mendapat kepercayaan.
c. Menjelaskan dasar pemikiran dan manfaat layanan IMS.
d. Menjelaskan dasar pemikiran, kelebihan dan kekurangan metode PPB dan metode penapisan yang akan saling melengkapi.
e. Menjelaskan alur pasien, prosedur pemeriksaan fisik, pengambilan sampel.
f. Memperkenalkan alat-alat yang akan dipakai, kemungkinan rasa kurang nyaman yang akan timbul dan cara mengatasi rasa kurang nyaman.
g. Menjelaskan pengobatan yang akan diberikan, kemungkinan efek samping dan tata laksana efek samping.
h. Menyepakati jadwal dan jam layanan.

Melalui proses ini diharapkan klien populasi kunci tidak akan merasa takut melainkan akan merasa percaya diri untuk memanfaatkan layanan IMS sesuai jadwal.

5.4. Mobilisasi populasi kunci

a. Tim IMS menyusun jadwal PPB dan penapisan sesuai kesepakatan dalam pertemuan dengan pokja dan WPS. Pada putaran pertama dilaksanakan penapisan dengan pemeriksaan laboratorium diagnostik, putaran kedua PPB, putaran ketiga penapisan dengan pemeriksaan laboratorium sederhana.

b. Tim IMS mengirimkan jadwal PPB dan penapisan kepada pokja, mucikari, WPS dan tim KPP.

c. Tim IMS berkoordinasi dengan pokja dan tim KPP untuk memastikan para WPS dan populasi kunci lain datang pada hari yang telah ditetapkan.

5.5. Melaksanakan penapisan

Pada hari pelaksanaan penapisan, semua petugas siap di ruangan masing-masing.

Saat populasi kunci datang, ia langsung melakukan registrasi dan mencatat nomor identitasnya. Kemudian populasi kunci menunggu di ruang tunggu. Sambil menunggu, tim IMS bekerja sama dengan tim KPP dapat melaksanakan komunikasi dan edukasi. Selanjutnya populasi kunci masuk ke ruang pemeriksaan fisik. Dalam ruangan tersebut selain diperiksa fisiknya, sampel (bahan) yang akan diperiksa di laboratorium juga diambil. Kemudian populasi kunci menunggu hasil pemeriksaan. Setelah hasil pemeriksaan selesai dan diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan laboratorium sederhana (di klinik mobil dapat dengan laboratorium sederhana atau berdasarkan sindrom), dipanggil masuk ke ruang pengobatan dan konseling, untuk meminum obat di depan petugas, menerima konseling dan sejumlah kondom dan pelicin.

Pada penapisan dengan pemeriksaan laboratorium sederhana, sampel dapat langsung diperiksa. Pada klinik lapangan, sampel diperiksa di lokasi atau dikirim ke puskesmas/klinik induk. Jika dikirim ke puskesmas/klinik induk perlu diperhatikan proses pengiriman dimana *slide* dibungkus dengan benar agar tidak pecah, pengiriman darah untuk pemeriksaan sifilis harus memakai

rantai pendingin untuk menjaga agar sampel tidak rusak. Pemeriksaan laboratorium sederhana meliputi pemeriksaan RPR/TPHA untuk sifilis, pemeriksaan mikroskopis dengan pengecatan Methylen Blue atau Gram untuk gonore.

Pada penapisan dengan pemeriksaan laboratorium diagnostik pasti, sampel dikirim ke laboratorium rujukan yang telah dikoordinasikan dengan tim KPA, Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Propinsi, dan Kemkes c.q Subdit IMS-HIV. Di samping itu, sampel juga diperiksa di laboratorium sederhana setempat untuk pengobatan.

6. MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi dilakukan pada setiap komponen, dan proses ini dijalankan secara bersamaan dengan komponen-komponen PMTS. Indikator yang dipantau untuk setiap komponen dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel Indikator PMTS

Komponen	Indikator
Komponen 1 Peningkatan Peran Positif Pemangku Kepentingan	1. **Jumlah Lokasi PMTS** Indikator tambahan:jumlah pemangku kepentingan, jumlah pemangku kepentingan yang dijangkau, jumlah pemangku kepentingan mendapatkan media KIE, jumlah KIE terdistribusi, jumlah pemangku kepentingan yang terlibat dalam pokja, terbentuknya peraturan lokal, implementasi peraturan lokal.
Komponen 2 Komunikasi Perubahan Perilaku	1. **Jumlah PE** 2. **Jumlah WPS terjangkau** Indikator tambahan: jumlah WPS baru, jumlah WPS yang dijangkau melalui kegiatan *outreach,* jumlah kontak, jumlah WPS yang mendapatkan materi KIE, jumlah WPS yang mendapatkan kondom, jumlah kondom terdistribusi, jumlah WPS yang pernah mendapatkan negosiasi kondom, jumlah WPS yang IRA/GRA, jumlah PE yang sudah dilatih, jumlah PE yang aktif, jumlah WPS

	yang dirujuk ke klinik IMS, jumlah WPS yang dirujuk ke klinik VCT, proporsi penggunaan kondom pada hubungan seks terakhir (data klinik), proporsi penggunaan kondom secara konsisten pada hubungan seks selama 1 minggu terakhir (data klinik))
Komponen 3 Manajemen pasokan kondom dan pelicin	**1. Jumlah kondom yang terdistribusi** Indikator tambahan: keterlibatan pokja dalam pengelolaan kondom, ketersediaan kondom di pengelola kondom, keterlibatan mucikari dalam distribusi kondom, keterlibatan PE dalam distribusi kondom, distribusi dan ketersediaan kondom di kelompok sasaran, jumlah persediaan pelicin baru setiap bulannya, jumlah persediaan kondom baru setiap bulannya, presentase penyerapan kondom oleh kelompok sasaran setiap bulannya (merupakan hasil analisis dari jumlah kondom yang dibeli setiap bulannya dibandingkan dengan persediaan kondom setiap bulannya), presentase penyerapan pelicin oleh kelompok sasaran setiap bulannya (merupakan hasil analisis dari jumlah pelicin yang dibeli setiap bulannya dibandingkan dengan persediaan pelicin setiap bulannya), pemenuhan standar penyimpanan kondom dan pelicin)
Komponen 4 Penatalaksanaan IMS	**1. Jumlah WPS yang ikut penapisan** **2. Jumlah WPS yang dilayani IMS** Indikator tambahan: jumlah WPS yang didiagnosis positif IMS, jumlah WPS yang mendapatkan PPB, jumlah WPS yang pertama kali skrining dan mendapatkan PPB)

6.1. Monitoring

a. Tujuan monitoring

1) Memantau proses penerapan setiap komponen PMTS.

2) Sebagai bahan perbaikan implementasi program.

b. Pelaksanaan monitoring

Monitoring dilakukan melalui tahapan persiapan dan pelaksanaan. Pada tahap persiapan dilakukan pengembangan perangkat monitoring, dilanjutkan dengan pelatihan petugas lapangan dan petugas kesehatan.

Pada tahap pelaksanaan, kegiatan meliputi pencatatan seluruh proses setiap komponen. Hasil monitoring digunakan untuk peningkatan kualitas kegiatan.

Seluruh kegiatan monitoring dicatat, didokumentasi dan diolah dengan baik. Diharapkan setiap bulan ada laporan baik untuk tingkat lokasi, kabupaten/kota, propinsi maupun nasional.

c. Alur pelaporan monitoring

Laporan dikembangkan sesuai kebutuhan lokal sehingga laporan harus disampaikan kepada kelompok kerja lokal setiap bulannya. Laporan juga dikembangkan sebagai bagian sistem monitoring kabupaten/kota, propinsi dan nasional. Untuk itu, laporan harus disampaikan secara berjenjang kepada instansi teknis kabupaten/kota, propinsi maupun nasional.

d. Penggunaan data monitoring dalam pengembangan kegiatan

Hasil monitoring dengan mempertahankan kualitas data yang baik diharapkan digunakan sebagai bahan peningkatan kinerja setiap komponen PMTS.

6.2. Evaluasi

a. Tujuan evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk mendapatkan informasi kuantitatif mengenai hasil keseluruhan kinerja program PMTS.

b. Pelaksanaan evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan metode Survey Cepat Perilaku (SCP) satu kali dalam setahun, pada bulan yang sama. Evaluasi PMTS melibatkan

penanggung jawab semua komponen. Untuk itu, sebelum pelaksanaan perlu dilakukan kerjasama yang baik pada saat persiapan evaluasi.

c. Alur pelaporan evaluasi

Data dikumpulan, di-*entry*, diolah, serta dianalisis oleh KPA Kabupaten/Kota setempat. Hasil analisis dan laporan disampaikan kepada propinsi dan pusat sebagai bahan pengembangan program kabupaten/kota, propinsi dan nasional.

d. Penggunaan evaluasi sebagai bahan advokasi

Seluruh hasil evaluasi dikemas sebagai bahan acuan pengembangan maupun perencanaan kegiatan. Hasil evaluasi ini perlu dikembangkan dan diadvokasi sebagai bahan penyusunan kebijakan di setiap tingkat pemerintahan.

e. Langkah pelaksanaan evaluasi

Pelaksanaan evaluasi dilakukan melalui SCP. Pada persiapan SCP, dilakukan kerjasama antara penanggung jawab komponen perilaku dan penanggung jawab komponen biologis. Penanggung jawab komponen perilaku adalah lembaga yang bertanggung jawab dalam Komponen 1, 2 dan 3, sedangkan penanggung jawab komponen biologis adalah penanggung jawab Komponen 4. Masing-masing komponen harus terlibat dalam persiapan SCP. Pelaksanaan SCP dilakukan secara berkelanjutan dimana setelah wawancara lapangan dilanjutkan dengan pemeriksaan PCR dan pemberian pengobatan berkala. Kemudian data di-*entry* dan diolah dalam waktu 1-2 minggu. Hasil analisis disampaikan pada pertemuan atau lokakarya yang melibatkan seluruh pihak yang terkait dengan seluruh komponen.